

受付no. _____

国民健康保険療養費支給申請書

課長	係長		担当	受付日

一般 ・ 退職

被保険者等 記号・番号	桶	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 の 続柄	
傷病名			(才)		
発病負傷 年月日	※指示書・意見書の日付をご記入ください 年 月 日	療養期間	自 年 月 日		日間
			至 年 月 日		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地		名称			甲
		所在地			乙
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師名					
療養費の給付 を受けることが できなかった 理由	※以下から理由をお選びください 資格喪失後受診又は不携帯のため 装具作成のため 眼鏡作成のため その他 []	発病の 原因			
		傷病の 経過			
		療養の 内容			
療養に要した 費用	※10割の金額をご記入ください 円	備考	領収書の返却の希望: 有 ・ 無		

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

桶川市長

世帯主

住所 桶川市

氏名

個人番号

電話 ()

銀行		普通	口座番号	
信用金庫		支店	フリガナ	
農協		当座	名義人	

靴型装具の場合、写真添付(確認) 受付: